

SOLICITUD DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE

(Consérvelo para sus registros)

El Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) no discrimina por discapacidad en sus contrataciones o prácticas de empleo, según lo requiere la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Vivienda y Empleo Justo de California (FEHA) y la Ley de Estadounidenses con discapacidades. El DMV participa en un proceso oportuno, de buena fe e interactivo con el empleado o solicitante para determinar acomodamientos efectivos razonables, si los hubiera, en respuesta a una solicitud de acomodamiento razonable hecha por el empleado o solicitante con una discapacidad física o mental conocida o una condición médica conocida, según lo requiere la FEHA.

La información que se solicita en el Formulario para Acomodamiento Razonable es utilizada por el Jefe de sección / gerente, el Coordinador para el Acomodamiento Razonable (RAC) y el Comité de Revisión para el Acomodamiento Razonable (RARC) con el propósito de evaluar las solicitudes del empleado para un Acomodamiento Razonable. Es sumamente importante que el empleado complete el formulario con información exacta. Si no proporciona la información requerida, se retrasará el proceso de su solicitud.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO - ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE

El empleado completa de las Partes A a la C (personalmente)

PARTE A INCISOS

1-5 Complete con la información apropiada del empleado.

PARTE B INCISO 1 Explique la discapacidad que requiere acomodamiento.

INCISO 2 Proporcione una descripción específica del acomodamiento que solicitan. Si se solicita equipo, especifique la marca y el número de modelo, y algún vendedor, si lo sabe.

INCISO 3 Especifique detalladamente cómo el acomodamiento solicitado le permitirá realizar las funciones esenciales del trabajo.

PARTE C INCISO 8 El empleado debe firmar y fechar el formulario antes de presentarlo al Jefe de sección / gerente.

El empleado es responsable de garantizar que los documentos de los profesionales de salud corroboren las limitaciones o restricciones por medio de una prueba objetiva de la necesidad de acomodamiento razonable. Usted es responsable de cualquier gasto en el que se incurra para proporcionar esta información al Departamento. Las excepciones a este requerimiento son aquellos casos en los que la discapacidad del empleado es obvia, como la paraplejía o ceguera. Debe adjuntarse el formulario **ADM 933RA, Autorización de divulgación de información médica, a la solicitud original de acomodamiento razonable** para presentársela al Jefe de sección / gerente.

El Jefe de sección / gerente debe completar de la parte D a la F.

PARTE D

El jefe de sección / gerente de la oficina pone todo su esfuerzo en resolver la solicitud de forma local. La decisión en cuanto a si es posible o no resolver la solicitud de forma local, debe hacerse dentro de un período de cinco días hábiles. La solicitud original, el formulario ADM 933RA y la declaración de deberes del empleado deben remitirse al RAC dentro de un período de 5 días, sin importar si debe resolverse de forma local o no. Si se resuelve de forma local, estime el costo asociado y explique cómo se acomodó al empleado. Si no puede resolverlo, explique las razones.

PARTE E INCISO 1 Escriba el nombre del supervisor inmediato del empleado y el número telefónico y extensión de la oficina.

INCISO 2 Proporcione el código de actividad del proyecto del empleado.

PARTE F

Proporcione información de envío. Cost Center del empleado, nombre de la oficina, dirección, ciudad y código postal.

El RAC recibe la solicitud y revisa si está completa dentro de un período de cinco días hábiles - información exacta del empleado, formulario ADM 933RA completo, declaración de puesto e información en cuanto al motivo por el que la solicitud no se resolvió de forma local. Luego, el RAC solicita que el proveedor de cuidados de salud del empleado verifique su discapacidad. Cuando se proporciona la corroboración médica suficiente, el RAC analiza toda la información y si es necesario, solicita una reunión con el RARC para tomar una decisión departamental final.

Cuando el/la RAC determina que el acomodamiento es adecuado, le comunicara la decisión al representante de la sucursal. Tanto el RAC o la sucursal pueden solicitar una reunión con el RARC, si el acomodamiento es controversial. El RAC notificará al solicitante, por escrito, acerca de la decisión para acomodarlo. Si el RARC niega la solicitud, el Jefe del EEO notificará al solicitante, por escrito, acerca de la decisión de rechazo final. Se enviará una copia al jefe de sección / gerente de la oficina de toda la correspondencia relevante al solicitante.

Si el Departamento niega un acomodamiento razonable o han transcurrido 20 días hábiles desde la recepción del RAC sin respuesta, el solicitante puede apelar directamente a la División de Apelaciones del Consejo de Personal del Estado. Los empleados a quienes se les niegue un acomodamiento razonable también tienen el derecho concurrente de presentar quejas con el Departamento de Empleo Justo y Vivienda y la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo.

SOLICITUD DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE

El empleado debe completar personalmente las Partes A, B y C al momento de solicitar el acomodamiento razonable, sin importar si la solicitud requiere gastos de fondos o no. Debe adjuntarse el formulario ADM 933RA, autorización de divulgación de información médica la solicitud original de acomodamiento razonable. El gerente debe completar las Partes D y F.

PARTE A

1. NOMBRE DEL EMPLEADO (escriba a máquina o con letra de molde legible) <input type="checkbox"/> Srita. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO POSTAL (Calle, Ciudad, Código Postal)		NÚMERO TELEFÓNICO RESIDENCIAL ()
3. NOMBRE DE LA SUCURSAL Y OFICINA	4. NÚMERO TELEFÓNICO OFICINA	5. CLASIFICACIÓN

PARTE B

1. IDENTIFIQUE LA DISCAPACIDAD PARA LA QUE SE REQUIERE EL ACOMODAMIENTO. SEA ESPECÍFICO; P.EJ., "NO PUEDO LEVANTAR MÁS DE 25 LIBRAS DURANTE SEIS MESES" (Adjunte una hoja adicional si es necesario.)

SU DISCAPACIDAD ES <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desconocida	FECHA DE RECUPERACIÓN PREVISTA
--	--------------------------------

2. DESCRIBA EL TIPO DE ACOMODAMIENTO SOLICITADO (Adjunte una hoja de papel adicional si es necesario.)

SI SE SOLICITA EQUIPO, ESPECIFIQUE LA MARCA, EL NÚMERO DE MODELO Y VENDEDOR, SI LO SABE.

3. ESPECIFIQUE CÓMO ESTE ACOMODAMIENTO LE AYUDARÁ A REALIZAR LAS FUNCIONES ESENCIALES DEL PUESTO QUE TIENE O DESEA OBTENER (Adjunte una hoja adicional si es necesario).

PARTE C

EL PROGRAMA DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE SOLICITARÁ QUE SE VERIFIQUE SU DISCAPACIDAD. USTED ES RESPONSABLE DE CUALQUIER GASTO EN EL QUE SE INCURRA PARA PROPORCIONAR LOS DOCUMENTOS MÉDICOS AL DEPARTAMENTO.

No es necesario adjuntar la documentación del proveedor de cuidados de salud, pero la misma debe cumplir los siguientes criterios:

- se debe proporcionar un diagnóstico de la discapacidad mental o física e incluir una recomendación médica para el acomodamiento razonable específico.
- se debe imprimir la documentación en papel oficial membreteado del profesional de salud calificado de la organización de profesionales de salud a la que pertenece.
- se debe identificar las credenciales del profesional de salud, p. ej., M.D., D.O., D.C.
- el profesional de salud debe firmar y fechar la documentación.
- se deben describir las limitaciones, según existen actualmente y únicamente en relación con el trabajo, y establecer si la discapacidad es permanente o temporal. Si es temporal, especifique la fecha en que se espera finalice la discapacidad.
- se debe indicar el grado en el que el acomodamiento permitirá al empleado realizar sus funciones esenciales del trabajo.
- si se recomienda la compra de equipo, sea específico. Si se recomienda la modificación del lugar de trabajo o la reestructuración, o compartir tareas específicas, describa la acción recomendada. Sea específico.

8. **HE LEÍDO Y COMPRENDIDO LA PARTE C**

FIRMA DEL EMPLEADO 	FECHA
---	-------

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

EL GERENTE DEBE COMPLETAR LAS PARTES D-F.

JEFE DE SECCIÓN / GERENTE

LÍMITES DE TIEMPO OBLIGATORIOS DE LA LEY DE VIVIENDA Y EMPLEO JUSTO / CONSEJO DE PERSONAL DEL ESTADO

El jefe de sección / gerente de la oficina deberá hacer todo el esfuerzo posible por resolver la solicitud de forma local. Debido a que la ley requiere que las solicitudes de acomodamiento razonable se respondan por escrito por medio del RAC en un período no mayor de 20 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud, el jefe de sección / gerente debe tomar una decisión dentro de un período de cinco días hábiles. Ya sea que se resuelva de forma local o no, el formulario EXEC 96, el ADM 933RA y la declaración de deberes del empleado deben remitirse al RAC dentro de un período de 5 días. El empleado tiene el derecho de apelar al Consejo de Personal del Estado de California dentro de un período de 30 días después del vencimiento del período inicial de 20 días (si no ha recibido respuesta alguna) o después de recibir un rechazo por escrito por parte del RARC.

NOTA: EL JEFE DE SECCIÓN / GERENTE NO TIENE LA AUTORIDAD PARA NEGAR UNA SOLICITUD DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE. CONSULTE AL RAC.

ESTE FORMULARIO Y TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA SON DE CARACTER CONFIDENCIAL.

PARTE D

Resuelto de forma local: Costo \$ la Oficina incurrirá en cualquier gasto.
DESCRIBA LA RESOLUCIÓN:

Incapaz de resolverla (Explique las razones)

PARTE E

1. ESCRIBA EL NOMBRE DEL SUPERVISOR INMEDIATO	NRO. TELEFÓNICO DEL SUPERVISOR	2. CÓDIGO DE PROYECTO Y ACTIVIDAD (6 DÍGITOS)
---	--------------------------------	---

PARTE F

ESCRIBA LOS DATOS DE ENVÍO (NÚMERO DE COST CENTER DE 5 DÍGITOS)	OFICINA		
DIRECCIÓN CON NO. DE CALLE	CIUDAD	MS	PISO / COLUMNA
ESCRIBA EL NOMBRE Y PUESTO	FIRMA	FECHA	

DISTRIBUCIÓN: ORIG - *COORDINADOR DE ACOMODAMIENTO RAZONABLE*
COPIA - *EXPEDIENTE MÉDICO CONFIDENCIAL*
COPIA - *EMPLEADO*